**AI SENSI DELL’ORDINANZA N. 67 DEL 11.08.2020 DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE CAMPANIA**

**FINO al 31 agosto 2020**

**MODULO DA COMPILARE**

**I cittadini residenti nella regione Campania che facciano rientro dall'estero, con tratte dirette o attraverso scali o soste intermedie nel territorio nazionale, hanno l’obbligo di segnalarsi, entro 24 ore dal rientro, al Dipartimento di Prevenzione della ASL di competenza al fine della somministrazione di test sierologici e/o tamponi e del monitoraggio della relativa situazione epidemiologica.**

**Il modulo per i residenti dei 57 comuni di competenza della Asl Napoli 3 Sud deve essere trasmesso all’email del Dipartimento di Prevenzione (dippr@aslnapoli3sud.it).**

* **Inoltre, si ha l’obbligo di:** 
  + rimanere raggiungibile per ogni comunicazione;
  + in caso di sintomi (febbre, tosse, dispnea etc…) farne comunicazione alla Unità Operativa di Prevenzione Collettiva di competenza e al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | Cognome: | |
| Data di nascita | Luogo di nascita: | | | Sesso: M F |
| Nazionalità: | | | Codice fiscale: | |
| Documento di riconoscimento: | | | | |
| Telefono: | | Cellulare: | | |
| Email: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESIDENZA | | |
| Via: | | N: |
| Comune: | Prov.: | |

|  |
| --- |
| **Persone Conviventi** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOMICILIO (se diverso dalla residenza) IN REGIONE CAMPANIA | | |
| Via | | N: |
| Comune: | Prov.: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persone Conviventi** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Proveniente da: | | Data e ora di arrivo | |
| A: luogo di arrivo in Campania | | | |
| Vettore/mezzo di trasporto utilizzato: | | | |

|  |
| --- |
| Altre comunicazioni ritenute necessarie: |
|  |
|  |

Dichiara di essere a conoscenza di quanto previsto per i rientri in Italia ed in Regione Campania ai sensi dei DPCM e dell’Ordinanza del Presidente delle Regione Campana n. 67 del 11/08/2020.

Essere consapevole che:

Il presente modulo costituisce dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 con le conseguenze anche penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, all’uopo si allega documento di identità.

Di aver letto l’informativa relativa al trattamento dei dati personali che sarà effettuato nel rispetto del GDPR 679/2016 e dell’art. 14 del DL 9 marzo 2020 n.14 e secondo le policy dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, giusta delibera n° 288 del 22.04.2020.

A tal fine autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa precitata.

FIRMA